

Année 1921-1922

N° 89

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ÉTRANGLEMENT
AU
Cours des Hernies Inguino-Interstitielles

Thèse pour le Doctorat de l'Université de Bordeaux

Mention : MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
le vendredi 9 décembre 1921

PAR

Miloch KRSTITCH

Né à Loznitza (Serbie), le 12 août 1896

Examineurs de la thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Juges.</i>
		POUSSON, professeur.		
		ABADIE, professeur.		
		PERRENS, agrégé.		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'Enseignement médical

||o||

BORDEAUX

Imprimerie J. CÉROUDE & FRÈRE, Cours de la Marne, 15

1921

Année 1921-1922

N° 89

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ÉTRANGLEMENT
AU
Cours des Hernies Inguino-Interstitielles

Thèse pour le Doctorat de l'Université de Bordeaux
Mention : MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
le vendredi 9 décembre 1921

PAR

Miloch KRSTITCH

Né à Loznitza (Serbie), le 12 août 1896



Examineurs de la thèse {	MM. CHAVANNAZ, professeur, <i>Président.</i>	{ <i>Juges.</i>
	POUSSON, professeur.	
	ABADIE, professeur.	
	PERRENS, agrégé.	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical

||o||

BORDEAUX
Imprimerie J. CÉROUDE & FRÈRE, Cours de la Marne, 15

1921

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. SIGALAS Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS

MM.			MM.
Clinique interne	ARNOZAN.	Pharmacie	DUPOUY.
	CASSAET.	Zoologie et parasitologie .	MANDOUL.
Clinique externe	CHAVANNAZ.	Médecine expérimentale .	FERRE.
	VILLAR.	Clinique ophtalmologique .	LAGRANGE.
Pathologie et thérapeuti-		Clinique chirurgicale in-	
ques générales	CRUCHET.	fantile et orthopédie . .	DENUCE.
Clinique d'accouchements	RIVIERE.	Clinique gynécologique .	BEGOUIN.
Anatomie pathologique .	SABRAZES.	Clinique médicale des ma-	
Anatomie	PICQUE	ladies des enfants . .	MOUSSOUS.
Anatomie générale et his-		Chimie biologique . . .	DENIGES.
tologie	G. DUBREUIL.	Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Physiologie	PACHON.	Pathologie exotique . .	LE DANTEC.
Hygiène	AUCHE.	Clinique des maladies cu-	
Médecine légale	VERGER.	tanées et syphilitiques.	W. DUBREUILH
Physique biologique et		Clinique des maladies des	
d'électricité médicale .	BERGONIE.	voies urinaires . . .	POUSSON.
Chimie	CHELLE.	Clinique psychiatrique .	ABADIE.
Botanique et matière mé-		Clinique d'Oto-Rhino-La-	
dicale	BEILLE.	ryngologie	MOURE.
		Toxicologie	BARTHE.
			M. PRINCETEAU.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			MM.
Anatomie et embryologie .	N...	Médecine générale . . .	MAURIAC.
	N...		LEURET.
Histologie	LACOSTE (chargé).		DUPRIE
Physiologie	DELAUNAY.		CREYX.
Anatomie pathologique .	MURATET.	Maladies mentales . .	PERRENS.
Parasitologie et sciences	R. SIGALAS (chargé).	Médecine légale . . .	LANDE.
naturelles	N...		GUYOT.
Physique biologique et		Chirurgie générale . .	ROCHER.
médicale	RÉCHOU.		DUVERGEY.
Chimie biologique et mé-			PAPIN.
dicale	N...	Obstétrique	PERY.
	N...	Ophtalmologie	FAUGÈRE.
Médecine générale . . .	PETGES.	Pharmacie	TEULIÈRES.
	CARLES (J.).		LABAT.
			N...

CHARGÉS DE COURS

Cours de Clinique dentaire		MM. CAVALIE.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie . . .		CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire		VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements		PERY.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie		CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture		ANDERODIAS.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale .		SELLER.
— de démonstrations et préparations pharm.		LABAT.
— de Pathologie interne		MAURIAC.
— de Pathologie externe		GUYOT.
— de Vénérologie		PETGES.
— d'orthopédie chez l'adulte, pour les acci-		
dentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes . .		ROCHER.
Cours compl. annexe de prothèse et rééducation professionnelle.		GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde
affection et de ma reconnaissance in-
finie, pour tous les sacrifices qu'ils se
sont imposés pour moi.

A MES SOEURS

Témoignage de ma profonde affec-
tion,

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur agrégé J. GUYOT

Chargé du Cours complémentaire de Pathologie externe à la Faculté

Chirurgien titulaire de l'Hôpital Saint-André

Membre correspondant de la Société de Chirurgie

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie

Décoré de la Croix de Guerre

Officier de l'Instruction Publique.

A TOUS MES MAITRES

de la Faculté et de l'Hôpital

A MON MAÎTRE
ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur G. CHAVANNAZ

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine
de Bordeaux*

Chirurgien titulaire de l'Hôpital Saint-André

Membre correspondant de la Société de Chirurgie

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Instruction Publique

AVANT-PROPOS

Au moment où nous allons quitter définitivement les bancs de l'école, et avant de prendre le chemin de notre chère patrie, il nous est particulièrement agréable de jeter un regard retrospectif et de remercier tous ceux, qui contribuèrent si largement à la formation de notre être médical.

Notre éminent Maître et Président de thèse, Monsieur le Professeur Chavannaz, nous fit admirer, dès le début, sa haute conception de la science chirurgicale à l'hôpital Saint-André où nous avons suivi son service et ses conférences cliniques. Qu'il reçoive ici l'expression de notre gratitude pour la bonté qu'il a manifestée à notre égard en acceptant de présider notre thèse.

Nous garderons toujours le souvenir reconnaissant de notre Maître M. le Professeur Cassaët a qui nous devons nos connaissances de sémeiologie médicale ayant suivi ses conférences cliniques et son service à l'hôpital Saint-André, où il n'avait jamais cessé d'orienter notre attention et nos études.

Nous remercions également MM. les Professeurs W. Dubreuilh et J. Carles dont l'enseignement nous fut extrêmement précieux et que nous avons suivi à l'hôpital comme à la Faculté.

Que MM. Dénucé, Sabrazès, Petges et Rocher reçoivent également notre reconnaissance pour l'enseignement qu'ils nous ont donné et que nous avons suivi assidûment.

INTRODUCTION

La hernie inguino-interstitielle n'est pas fréquente, malgré ce que l'on pourrait conclure de la statistique de Macready : elle est au contraire rare, et son principal danger réside dans le fait que l'on ne s'en aperçoit souvent qu'au moment de l'étranglement. Nous n'insisterons pas sur un autre élément de danger qui provient des erreurs de diagnostic, favorisant ainsi une attente trop prolongée et parfois funeste pour le malade. Comment ne pas se tromper en présence des phénomènes alarmants d'occlusion alors que tous les orifices herniaires sont normaux et que la tumeur herniaire est très réduite de volume. Il suffit souvent de penser à la hernie inguino-interstitielle et surtout d'intervenir sans tarder. C'est pourquoi, malgré la rareté de cette variété de hernie et précisément parce qu'elle n'est intéressante que par son étranglement, que notre maître, M. le professeur agrégé Guyot, dont nous avons suivi le service à l'hôpital Saint-André, a bien voulu nous inspirer notre thèse et nous offrir obligeamment les deux observations personnelles et inédites, que nous citerons au cours de cette thèse.

Nous tenons à remercier Monsieur le professeur Guyot non seulement de son extrême obligeance pour les instructions concernant notre thèse, mais aussi pour l'enseignement qu'il n'a cessé de nous donner sous une forme toujours intéressante et pour son amabilité qui captivait tous ses auditeurs.

Avant d'aborder l'étude de notre sujet, nous voudrions bien mettre en lumière que les hernies inguino-intersti-

tielles sont une unité bien définie ne prêtant nullement à confusion.

En effet, sous le nom de hernie inguino-interstitielle il ne faut entendre que celle qui se forme *dans l'épaisseur* de la paroi abdominale, c'est-à-dire entre l'aponévrose du grand oblique en avant et les muscles petit oblique et transverse en arrière.

Les hernies qui se logent au devant de l'aponévrose du grand oblique c'est-à-dire entre les téguments en avant de ladite aponévrose en arrière (hernies inguino-superficielles) ; ou bien celles qui, situées tout-à-fait profondément, se trouvent entre le fascia transversalis en avant et le péritoine, décollé, en arrière (hernies propéritonéales) n'ont rien à voir avec la variété de hernies qui nous occupe, malgré tous les rapprochements pathogéniques qui, ces temps derniers, paraissent les lier ensemble.

La hernie inguino-superficielle et la hernie propéritonéale ont été très bien décrites dans les thèses de Mamet (Lille, 1919) et Vitrac (Bordeaux, 1911) où nous renvoyons les lecteurs pour plus ample connaissance.

Nous avons pour but de démontrer les modes principaux selon lesquels se produit l'étranglement dans la hernie inguino-interstitielle, les lésions et les indications qu'il comporte. L'étranglement est le fait capital sans lequel cette hernie serait la plus bénigne et souvent la moins gênante de toutes.

HISTORIQUE

Les premières mentions de hernie inguino-interstitielle sont faites à la fin du XVIII^e siècle et au commencement du siècle dernier par J. L. Petit (Traité des maladies chirurgicales); par Scarpa, Lawrence, Jobert de Lamballe etc., mais toujours d'une manière peu précise et comme s'agissant d'une variété très rare.

Dance, élève de Dupuytren, le premier, en 1835, emploie le mot de hernie intra-pariétale, dénomination peu propre et que l'on a remplacée par celle « d'inguino-interstitielle. » Sous le premier nom se cachaient, en effet, les hernies inguino-superficielles et propéritonéales, qui sont bien distinctes de l'inguino-interstitielle. Le mérite d'avoir apporté la clarté nécessaire dans cette question appartient entièrement à l'école française.

Goyrand d'Aia, dans une communication à l'Académie de médecine, en 1836, appelle cette hernie de son vrai nom et définit ses caractères cliniques, si bien qu'on l'appelait par la suite : la hernie de Goyrand. Il dit en même temps, que son mémoire était prêt en 1834, c'est-à-dire avant la thèse de Dance.

Par les travaux ultérieurs cette hernie gagne toujours plus de précision et notamment par les travaux de Tillaux, en 1871, qui voulant donner plusieurs règles absolues, concernant cette variété de hernie, suscite des contestations justifiées.

Macready, en 1893, emploie également la dénomination : inguino-interstitielle, mais conserve toujours une confusion

pour les hernies inguino-superficielles et propéritonéales. Le Fort (en France) et Küster (en Allemagne) avaient cependant à peu d'intervalle, au cours de l'année 1886, nettement isolé la hernie inguino-superficielle qui fut appelée hernie de Küster, probablement parce qu'il l'avait décrite le dernier.

Auvray, en 1900, rapporte des observations de hernie inguino-interstitielles chez la femme, cas fort rares et surtout la sous-variété, bien décrite par Auvray : « en bissac ».

Berger, en 1902, nous apprend sa conception pathogénique nouvelle et ébranle fortement les définitions de Tillaux, qui perdent beaucoup de leur exclusivité.

Depuis, les travaux se sont multipliés et nous pouvons citer comme très intéressantes, par les précisions qu'elles ont apportées, les thèses de Audouin (Paris 1903) : Carton (Paris, 1010) : Cristini (Lyon, 1910).

Les articles de Leplus (Lyon chirurgical, 1908), de Berard (1909), de Degand et Poissonnier (Journal des praticiens, 1910), de Broca et d'Auvray (Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 1913), sont aussi très intéressants par leurs données nouvelles et les observations qui s'y trouvent.

La guerre marque un arrêt dans cette question de chirurgie, prouvant une fois de plus, que la hernie et le traumatisme n'ont pas beaucoup de points communs.

DÉFINITION

La définition de la hernie inguino-interstitielle est aujourd'hui bien établie grâce aux travaux de Tillaux, Auvray, Berger, A. Broca, Adam Eccles et de leurs élèves. Les travaux de Berger paraissent surtout bien concluants.

Si nous faisons abstraction de la définition donnée par Goyrand d'Aissi (1) définition incomplète parce que trop générale, nous verrons que ce sont les travaux de Tillaux, qui marquent la plus importante étape dans l'évolution de cette question.

Tillaux (2) en 1871, pour mettre fin à toute équivoque, proclame que : la condition anatomique nécessaire pour la production de la hernie inguino-interstitielle vraie, est l'absence ou l'étroitesse extrême de l'anneau du grand oblique de l'abdomen. Et il ajoute que cette étroitesse existe surtout dans les cas où le testicule, n'ayant pas achevé sa migration, reste en ectopie dans le canal inguinal. Audonin, en 1903, soutient intégralement les théories de Tillaux, malgré que Berger (3) ait apporté en 1902 des faits concluants en opposition avec ladite théorie.

En réalité cette étroitesse de l'orifice externe du canal inguinal n'est point nécessaire ; la preuve en est donnée par ce fait que cet orifice est souvent normal, ce qui n'empêche

(1) *Mémoires de l'Académie de Médecine*, 1836, p. 14.

(2) *Bulletin de la Thérapeutique*, 1871.

(3) *Revue de Chirurgie*, 1902.

point l'intestin de rester dans le canal inguinal et même de remonter vers l'E. I. A. S.

Le testicule, d'autre part, ne fait pas toujours un obstacle à la descente de l'intestin dans le scrotum, car la hernie peut rester interstitielle malgré que le testicule ait achevé sa descente dans les bourses. Les cas cités par Mac Adam Eccles et par Leplus le démontrent parfaitement.

Il est donc parfaitement contraire à la réalité d'adopter la définition suivante de Tillaux : « On doit réserver le nom de hernie inguino-interstitielle à celle qui, ne pouvant jamais devenir scrotale, élit son domicile dans le canal inguinal, et, consécutivement dans l'interstice de la paroi abdominale. »

On verra d'après la classification de Berger, établie sur de nombreux cas de cette hernie (et que nous citerons au cours de notre thèse), que nous sommes loin de cette quasi-simplicité et qu'il faut invoquer des raisons embryologiques pour donner une définition solide. Celle de Berger, complétée par Carton, nous paraît la meilleure, car elle a le double mérite de faire ressortir la congénitalité de cette hernie et de la placer à sa place exacte : « Une hernie d'origine congénitale formée dans un canal péritonéo-vaginal anormalement développé, étalé dans un dédoublement des plans musculo-aponévrotique de la paroi abdominale. Elle s'accompagne, chez l'homme, de l'ectopie testiculaire. »

OBSERVATIONS INÉDITES

OBSERVATION I

*Hernie inguino-interstilielle étranglée. — Intervention. —
Sphacèle intestinal. — Abouchement à la paroi. — Guérison.*

(Observation inédite due à la l'obligeance de M. le Professeur agrégé
J. Guyot.)

Madame G..., habitant La R..., et soignée par les docteurs
I... et Z..., présente depuis 48 heures des accidents de
pseudo-occlusion intestinale.

Il s'agit d'une femme de 69 ans de forte corpulence et
sans antécédents personnels notables. Elle est mariée et a
eu deux enfants vivants et bien portants. A noter : une
constipation habituelle et la fréquence d'accidents douloureux
du côté droit du ventre se caractérisant par des petites coli-
ques passagères, ne s'accompagnant pas de vomissements
et dont le début remonte à plusieurs années.

L'affection actuelle a débuté d'une manière très brusque
par des douleurs abdominales plus intenses que d'habitude
et s'étant accompagnées de vomissements avec ballonnement
du ventre et arrêt des matières et des gaz.

Au moment où M. le Professeur agrégé J. Guyot est appe-
lé en consultation l'état général n'est pas bon, le faciès est
tiré, le pouls petit et fréquent, pas de congestion appréciable
du côté des poumons, mais tendance aux refroidissements
des extrémités. L'examen de l'abdomen est difficile en raison

l'embonpoint que présente la malade dont le ventre est manifestement météorisé.

A l'inspection on remarque cependant une voussure assez sensible dans la partie inférieure et droite de l'abdomen. La palpation confirme l'existence d'une dureté qui correspond à une tumeur intra-pariétale, irréductible, douloureuse et sonore à la percussion. L'examen des orifices herniaires et le toucher rectal sont tout à faits négatifs. On porte le diagnostic de hernie inguino-interstielle étranglée et malgré le mauvais état général de la malade on décide une intervention immédiate. Celle-ci est pratiquée dans la soirée. Anesthésie locale à la cocaïne ; longue incision suivant le grand axe de la tumeur ; incision de la peau et de l'aponévrose du grand oblique. Dès cette dernière incisée on tombe sur un volumineux sac herniaire qui est ouvert et qui renferme une anse intestinale complètement sphacélée. Etant donné les circonstances on se borne à ouvrir l'intestin et à créer un anus artificiel toute autre intervention ne paraissant pas compatible avec la résistance de l'opérée : Injection de sérum ; sparteïne ; huile camphrée.

Après 24 heures légère amélioration de l'état général. Au bout de 8 jours tous les accidents disparaissent. La malade est alimentée ; on note de l'excoriation de la peau autour de l'anus artificiel, due à l'acidité des sécrétions intestinales ; sous l'influence du pasement vaseliné, de poudres alcalines et absorbantes ces lésions cutanées s'améliorent. Au bout d'un mois la malade peut se lever ; elle était dans un état de santé assez satisfaisant lorsque trois mois après l'opération elle meurt d'une congestion pulmonaire ne paraissant nullement liée à son état.

Dans cette observation le mode de début des accidents, l'absence de tumeur antérieurement constatée, la localisation à droite, le plastron trouvé à la palpation avec les vomissements, pouvaient faire penser à l'existence d'une hernie inguino-interstielle étranglée jusque-là méconnue et dont l'intervention confirma l'existence.

OBSERVATION II

*Hernie inguino-interstitielle. — Accidents de sub-étranglement.
Intervention. — Guérison.*

(Observation inédite due à l'obligeance de M. le professeur agrégé
J. Guyot.)

M. l'abbé S..., curé de L..., vient consulter M. le Professeur agrégé J. Guyot le 25 août 1921 pour une tumeur siégeant sur le côté droit du ventre dans la région sous-ombilicale. Il s'agit d'un homme de 48 ans ayant toujours joui d'une parfaite santé et ne présentant rien à signaler dans ses antécédents personnels ou héréditaires. Le début de l'affection paraît remonter à plusieurs années, 4 ou 6 ans environ. C'est par hasard que le malade a constaté une saillie anormale s'accompagnant de loin en loin, de gêne et même de véritables coliques correspondant pendant quelques heures à une exagération du volume de la tumeur avec arrêt momentané des matières et des gaz. Ces accidents n'ont jamais eu les caractères d'un véritable étranglement ; ils n'existaient pas au moment de l'examen du malade.

Celui-ci étant debout on note une voussure très appréciable à droite de la ligne médiane. Cette saillie correspond à une tumeur sonore et facilement réductible par la pression et par le décubitus horizontal. Sous l'influence de la toux on note une impulsion manifeste. Pas de malformation du côté des testicules qui sont à leur place normale. La tumeur ne franchit pas l'orifice externe du canal inguinal, qui d'ailleurs ne paraît pas perméable au doigt.

Le diagnostic de hernie inguino-interstitielle est fait et l'on conseille une intervention chirurgicale, qui est acceptée par le malade. Celle-ci est pratiquée quelques jours après un traitement à l'arsénite et au bicarbonate de soude à haute dose, l'analyse des urines ayant montré l'existence de 12 gr. de sucre sans acétone.

Anesthésie à l'éther, appareil d'Ombredanne. Incision oblique suivant le trajet de l'arcade de Fallope et à trois travers de doigt au-dessus de celle-ci. Incision de la peau ; ligature des vaisseaux sous-cutanés abdominaux. Incision de l'aponévrose du grand oblique ; derrière celle-ci l'on trouve un sac herniaire à la partie supérieure duquel se trouvent étalées les fibres des muscles petit oblique et transverse. Le malade est mis en position légère de Trendelenburg. Le sac est isolé, ouvert et réséqué à son collet qui représente un orifice ayant le calibre d'une pièce de 2 francs. Reconstitution de la paroi en abaissant le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse jusqu'au bord postérieur de l'arcade crurale ; suture par points séparés au catgut ; surjet sur l'aponévrose du grand oblique ; suture cutanée au crin ; drainage filiforme.

Bonne anesthésie ; opération correcte sans incidents ; suites normales, apyrétiques. Les points sont enlevés le 10^e jour et l'opéré quitte la maison de santé en parfait état le 20^e jour. On lui conseille le port habituel d'une ceinture abdominale élastique.

Revu deux mois après ce malade paraissait avoir une paroi solide.

A noter qu'il s'agissait bien dans ce cas, d'une hernie inguino-interstitielle typique ayant présenté de petits accidents d'étranglement incomplet et survenus chez un diabétique. Grâce au traitement préalable et à l'administration quotidienne de 15 gr. de bicarbonate de soude dans les jours qui ont précédé et suivi l'opération, l'évolution de la plaie se fit dans le sens favorable et le malade guérit sans le moindre incident.

OBSERVATIONS

OBSERVATION III, (résumée)

(Dance.)

Hernie inguino-interstilielle simple.

Pierre Rivolé, âgé de vingt-neuf ans, faisant le métier de baleinier, jeune homme d'une forte constitution, ayant le système musculaire très développé, entre à l'Hôtel-Dieu le 19 avril 1833. Depuis l'âge de 12 ans il portait une tumeur dans la région iliaque du côté droit et la repoussait facilement dans le ventre toutes les fois qu'elle se montrait à l'extérieur. Un bandage fut appliqué et gardé pendant un an, la hernie ne ressortit de nouveau que 6 ans après. Elle fut réduite facilement de même qu'à sa nouvelle sortie un mois plus tard. Mais le 18 avril elle ne peut être réduite,

Des signes d'étranglement très net apparurent et ne cessèrent de s'accroître. Des saignées successivement sont pratiquées sans aucune amélioration. Toutes les tentatives de réduction ont été inutiles. On juge l'opération indispensable elle fut pratiquée de la manière suivante ; après avoir divisé couche par couche la peau, le fascia superficialis, on arriva sur l'aponévrose abdominale, qu'il fallut aussi diviser pour arriver à la hernie qui lui était sous-jacente. Le sac étant ouvert, le testicule et une anse intestinale d'un pouce de longueur furent mis à découvert ; cette glande était placée au côté interne de l'intestin qui était fort coloré et brunâtre. L'étranglement existait au collet du sac, et il fallut

porter le bistouri à une grande hauteur pour l'atteindre ; on réduisit ensuite l'intestin, et le testicule fut laissé entre les deux lèvres de la plaie, qu'on pansa simplement. D'après les choses que nous venons de décrire, il est facile de voir que la hernie était située entre l'aponévrose du grand et du petit oblique, que la hernie était vaginale, et qu'elle avait suivi le canal inguinal jusqu'à sa partie inférieure avant de se porter en haut dans l'épaisseur de la paroi abdominale. Des saignées furent pratiquées et des sangsues appliquées en assez grande abondance sur le ventre. Le malade sortit parfaitement guéri le 4 juin 1833.

OBSERVATION IV

(Velpeau)

F..., soixante-trois ans, signes d'étranglement, tumeur circonscrite, du volume d'un œuf, se perdant dans l'épaisseur de la paroi abdominale sans descendre du côté de l'aîne. Opération : elle permit de découvrir une tumeur qui repoussait au-devant d'elle l'aponévrose du grand oblique nullement altérée. Velpeau conclut à une hernie interstitielle, telle que celle qui a été décrite par Goyrand d'Aix. Mort.

OBSERVATION V

(Goyrand)

F..., soixante-cinq ans. Signes d'étranglement. Tumeur herniaire ovoïde, située au-dessus du ligament de Fallope : à grand diamètre oblique dans le sens du canal inguinal. Opération : incision à la peau et à l'aponévrose du grand oblique suivant le grand axe de la tumeur. On lève l'étranglement qui siège au niveau de l'anneau profond. Guérison.

OBSERVATION VI

(Faucon)

F..., vingt-neuf ans. Accidents d'étranglement. Tumeur du volume d'un œuf de poule, qui n'a pas franchi l'anneau externe et remonte dans la paroi abdominale, à cheval sur l'arcade de Fallope. L'auteur signale un anneau profond plus rapproché que d'ordinaire de l'épine iliaque. Diagnostic : hernie inguinale interstitielle. Taxis : réduction. Guérison.

OBSERVATION VII

(Auvray. — *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 1900)

Lucie V..., 45 ans, a été reçue d'urgence à l'hôpital de la Charité, le 10 janvier 1899 pour des accidents aigus d'occlusion intestinale. Ces accidents qui remontaient à 3 jours, se manifestaient par une constipation absolue, l'absence de gaz émis par l'anus, des vomissements qui d'abord bilieux étaient devenus fécaloïdes.

La température était au-dessous de la normale, le pouls petit et rapide (100 à 120 pulsations), les extrémités froides, les yeux excavés, cerclés de noir ; il y avait du hoquet. Le ventre était météorisé, douloureux, et au niveau de la fosse iliaque droite, immédiatement au-dessus de l'arcade de Fallope, on percevait à la palpation, l'existence d'une tumeur assez régulière, de consistance ferme présentant à peu près le volume d'une orange. Cette tumeur paraissait située derrière la paroi abdominale, dans la région cœcale ; je m'étais préoccupé de l'état des anneaux herniaires, sans rien constater d'anormal soit du côté du canal inguinal soit du côté de l'anneau crural ; la malade interrogée soigneusement à ce point de vue niait tout antécédent de hernie. En présence de ces déclarations très nettes, en présence aussi du

siège élevé qu'occupait la tumeur au niveau de la fosse iliaque, je conclus à l'existence d'une occlusion liée à une invagination iléo-cœcale, ou à un néoplasme du cœcum.

L'état de la malade était très grave, l'opération fut pratiquée 2 heures après l'admission à l'hôpital.

Opération. — Laparatomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine il s'écoule un liquide séreux peu abondant. L'intestin est rouge, congestionné à la surface, distendu par les gaz. En pratiquant le dévidement de l'intestin, il devient bientôt impossible de l'attirer dans la plaie, je sens qu'il est fixé profondément.

La main gauche est conduite dans la cavité abdominale, en suivant l'intestin non dans la fosse iliaque droite vers le cœcum dans le point où nous supposons trouver la lésion, mais vers la paroi abdominale à droite vers l'orifice inguinal profond, l'index gauche peut être introduit dans un anneau très serré, dans lequel pénètre l'anse intestinale très distendue et d'où sort une portion d'intestin applatie.

On se trouve donc en présence d'un étranglement herniaire méconnu.

La tumeur tendue formée par l'intestin, siège non dans la fosse iliaque, mais dans l'épaisseur de la paroi abdominale au-dessus de l'arcade crurale et, elle est en rapport direct profondément avec la fosse iliaque droite. Je me décide alors à faire une incision latérale parallèle à l'arcade, directement sur la tumeur, d'inciser successivement la peau, le tissu grasseux sous-cutané formant une couche épaisse, puis l'aponévrose du grand oblique ; la masse intestinale herniée, siège entre cette aponévrose et le muscle petit oblique. J'incise le sac, il s'en écoule un liquide séreux, roussâtre ; l'intestin contenu dans son intérieur est en mauvais état, noirâtre, épaissi, recouvert par places de fausses membranes. Je lève l'étranglement qui siège au collet du sac, au niveau de l'anneau inguinal profond ; puis j'attire au-dehors l'anse herniée pour la mieux examiner ; je la lave à l'eau très chaude, elle se laisse distendre petit à petit,

elle perd sa coloration brun-noirâtre pour prendre une teinte plus rouge, il semble que la circulation s'y rétablit.

J'attends encore quelques instants et ne réduis l'anse intestinale qu'après avoir placé quelques points de suture à soie sur un point de l'intestin qui répondait à l'anneau d'étranglement et où la paroi amincie me semblait menacée de perforation. La portion d'intestin herniée mesurait environ 12 centimètres de longueur. Je pratique ensuite la dissection du sac sans difficulté et je poursuis son pédicule jusqu'à l'anneau inguinal profond.

Ce pédicule ne passe pas au-dessous de l'anse à concavité inférieure formée par le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse au niveau du canal inguinal.

Je peux constater très nettement qu'il perfore ces muscles directement d'arrière en avant et qu'il est entouré à leur niveau par un véritable anneau musculaire.

Le sac extirpé, son collet oblitéré par un fil à ligature, je ferme successivement l'anneau fibreux profond, qui répond à l'orifice inguinal profond, puis par un second plan de suture l'orifice musculaire des muscles transverse et petit oblique ; enfin par un troisième plan, l'aponévrose du grand oblique. Je termine enfin par la suture de la peau.

La malade mourut 6 jours après l'opération, de péritonite consécutive à la perforation d'un point gangrené de l'intestin.

L'autopsie me permit de constater les particularités suivantes : l'anneau inguinal profond était situé plus haut et plus en dehors qu'il ne l'est normalement : l'orifice externe du canal inguinal était très étroit, et enfin derrière lui dans le canal inguinal existait un gros peloton adipeux qui le bouchait hermétiquement. Je crus d'abord à un lipome accolé au ligament rond ; l'examen histologique a permis de constater qu'il s'agissait d'une simple boule graisseuse.

OBSERVATION VIII

(Bérard et Stéfani, *Lyon chirurgical*, 1909)

B... Marie 62 ans, couturière, entre à l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Paul), le samedi 21 octobre, à 11 heures.

Le lundi 16, c'est-à-dire cinq jours avant, elle a été prise d'une « indigestion » après le repas de midi : bientôt survinrent, avec de vagues douleurs abdominales, d'abondants vomissements qui, d'abord alimentaires et bilieux, devinrent, en 36 à 48 heures, fécaloïdes. Suppression complète des matières et des gaz depuis le début des accidents.

La malade présente le faciès habituel à l'occlusion, des traits tirés, nez pincé, voix cassée, mais pas de refroidissement des extrémités. Elle est en proie à d'incessants vomissements fécaloïdes. Le pouls est à 100 environ, encore régulier et bien frappé.

L'examen de l'abdomen ne révèle à l'inspection qu'un ballonnement modéré, sans prédominance marquée en aucun point.

La palpation réveille les vomissements, qui présentent les caractères d'une véritable régurgitation fécaloïde ; l'abdomen est assez souple, le météorisme peu marqué. En examinant méthodiquement les diverses parties du ventre, on arrive à sentir dans la fosse iliaque gauche, à sa partie inférieure, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale, une masse du volume d'une petite orange, ovoïde, dans le sens de l'arcade, lisse, régulière, résistante et indolore à la pression, qui paraît incluse dans la paroi musculaire. Les plans superficiels sont mobiles sur elle : la percussion révèle à son niveau de la matité. Par son extrémité interne, elle répond à la situation topographique de l'orifice inguinal profond, qu'on ne peut sentir.

Interrogée au sujet de cette tumeur, la malade dit l'avoir constatée elle-même depuis une vingtaine d'années déjà, et

n'en avoir jamais souffert particulièrement : elle a seulement été sujette de temps à autre, à des douleurs abdominales mal définies et mal localisées.

Rien aux orifices herniaires. Touchers négatifs. On pose le diagnostic de hernie inguino-interstitielle étranglée, et l'on décide une intervention d'urgence. Celle-ci a été pratiquée à 4 heures du soir. Anesthésie prudente et modérée à l'éther. L'examen sous anesthésie confirme les résultats de la palpation faite auparavant.

Avant l'anesthésie et pour prévenir les vomissements dans la trachée, on fait un grand lavage de l'estomac. L'introduction seule de la sonde suffit à vider deux litres du liquide fécaloïde : on lave ensuite jusqu'à clarification complète de l'eau de lavage et l'on endort la malade.

Incision longitudinale de la paroi sur la tumeur. Elle conduit sur l'aponévrose du grand oblique, au-dessous de laquelle on trouve une masse lipomateuse avec une couche de 1 centimètre de graisse, que l'on traverse pour arriver sur un sac herniaire très épais. Un peu de liquide séreux s'écoule, et on aperçoit alors au fond du sac, une anse d'intestin grêle, anse qui était donc incluse depuis plus de cinq jours dans la paroi, et que l'on s'attendait à trouver sphacélée. Or il n'en est rien. Après l'avoir attirée dans la plaie, on peut parfaitement se rendre compte qu'elle est simplement congestionnée : la pression suffisante pour arrêter le cours des matières, était insuffisante pour entraver la circulation sanguine dans les parois de l'intestin, et on le réintègre facilement dans l'abdomen à travers l'anneau d'étranglement. Celui-ci n'est autre que l'anneau inguinal profond, considérablement distendu, puisqu'on peut y faire pénétrer aisément les extrémités réunies de l'index et du médius. La largeur de cet orifice explique, en partie tout au moins, l'état de conservation de l'anse étranglée, qui se trouvait comprimée par l'intermédiaire d'une couche adipeuse de plus de 1 centimètre.

Fermeture de l'anneau avec des points en l en tendon

de renne. Petit drain en dehors de la ligne de suture. Injection de sérum sur la table d'opération.

26 Octobre. — La malade va très bien. Elle est allée à la salle et a évacué des gaz. Pouls rapide, mais bien tenu. Bon état général.

30 Octobre. — Les suites ont été des plus simples. On fait un premier pansement. Plaie parfaite. Ablation du drain. Pas de constipation. Pas de fièvre. La malade sort quelques jours après parfaitement guérie ; revue depuis, elle présente une paroi solide.

OBSERVATION IX

(Tourneaux I.-P)

Femme de 39 ans, a antécédents sans intérêt. Une hernie gauche, connue depuis six ans, mais assez peu gênante pour n'avoir jamais été traitée même par le port d'un bandage, s'étrangle brusquement le 19 décembre 1919 au soir, et fut opérée le 21 décembre à 4 heures du soir. La tumeur, exclusivement sous inguinale, ne descendait pas dans la grande lèvre. En incisant, on vit l'aponévrose du grand oblique; mais on ne put trouver d'anneau externe ; l'étranglement siégeait au collet ; le sac oblique externe fut examiné après résection et on n'y trouva pas trace du ligament rond. A droite, le doigt s'engageait, en déprimant la peau, dans un anneau paraissant normal. La malade guérit sans incident.

OBSERVATION X

(Gaud et Poissonnier (d'Amiens), *Journal des Praticiens*, 1910)

Madame A..., âgée de 45 ans, est de bonne constitution ; elle n'a jamais été malade. Le 17 novembre 1909, elle soulè-

ve un meuble dans la matinée ; aussitôt, elle reçoit une douleur dans le côté droit, dans la région appendiculaire. La douleur étant supportable, la malade ne s'en soucie pas ; le soir le malaise augmente, puis apparaissent quelques vomissements qui se répètent pendant la nuit.

Le docteur Gaud est appelé auprès de Madame A..., et la voit le 18 novembre à 8 heures du matin. Il constata que les vomissements, d'abord muqueux et bilieux, sont devenus rapidement verts et forracés. Dans la région appendiculaire, on constate une tuméfaction dure, arrondie, qui fait souffrir la malade ; *il n'est pas possible de sentir l'anneau inguinal externe* ; il y a arrêt de matières fécales. Pas de température ; pas de défense musculaire, pas de sensibilité au point de Mac Burney. Le pouls est à 130. Le docteur Gaud fait le diagnostic de hernie inguino-interstitielle étranglée et ordonne de la glace sur le ventre et des calmants. Dans l'après-midi du même jour, on constate que la tumeur a disparu ; la malade va bien, le pouls est bon, tout est rentré dans l'ordre.

Le 23 novembre une nouvelle crise survient, semblable à la première, à la suite d'un effort pour tousser. La tumeur a fait de nouveau son apparition, la malade éternue dans la suite et s'aperçoit que la tumeur augmente encore, donnant une sensation de craquement. Le docteur Gaud, appelé, saisit doucement la hernie et, après une courte séance de taxis, parvient à la faire rentrer sans percevoir le gargouillement. Une intervention chirurgicale est décidée pour le lendemain. Le docteur Gaud se charge de l'opération à sa clinique, avec l'aide du docteur Poissonnier ; le docteur Duffos donne le chloroforme. Le chirurgien pratique une incision de 12 cm. un peu en dehors du trajet inguinal, assez semblable comme siège à l'incision classique de l'appendicite. L'aponévrose du grand oblique ouverte, il tombe sur le sac entouré de graisse, étalé en dehors, couvrant la région appendiculaire et plongeant en dedans vers son collet, sous le bord externe du grand droit. Le

sac, très mince, est attiré en dehors ; il est ouvert et permet à peine le passage d'un doigt en raison d'un diaphragme qui en rétrécit le diamètre ; la dissection en est poursuivie avec précaution le plus loin possible : le ligament rond est laissé de côté. Le collet du sac est refermé au catgut et rentre dans la cavité abdominale. Un épais capitonnage est formé par dessus le sac par un double plan de sutures au catgut, afin de reconstituer une paroi solide. Un drain est placé et la peau est suturée avec du fil de lin et quelques agrafes de Michel. Le premier pansement est fait le 27 novembre.

Le 1^{er} décembre, on fait le troisième pansement ; le fil et le drain sont enlevés. La malade, guérie, quitte la clinique le 8 décembre 1909.

OBSERVATION XI

Auvray. — Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris.
— 1913).

Hernie inguino-interstilielle en bissac.

Lemme soixante-huit ans, dont la hernie était étranglée depuis 48 heures et qui présentait les signes classiques de l'étranglement. L'état général était très grave ; le pouls n'était plus perceptible au niveau de la radiale. La malade portait sa hernie depuis vingt ans, et cette hernie, d'un volume énorme, était précédemment irréductible,

Il existait dans la région inguinale une tumeur en bissac, dont la portion inférieure, la plus volumineuse, atteignait à peu près le volume d'une tête de fœtus et occupait la grande lèvre du côté gauche, et dont la portion supérieure un peu moins volumineuse, dirigée obliquement de bas en haut et de dedans en dehors, de forme ovale, était située dans l'épaisseur de la paroi abdominale, où elle remontait au-dessus d'une ligne transversale passant par les épines iliaques.

Les deux portions de la tumeur herniaire étaient séparées par une dépression transversale, perceptible à la vue, qui donnait à l'ensemble la forme d'un sablier, et au niveau de laquelle les pressions digitales étaient très douloureuses ; cette dépression répondait à l'orifice externe du canal inguinal.

J'incisai les téguments selon le grand axe de la hernie, sur une étendue de 10 centimètres environ ; l'incision répondait par sa partie moyenne à la portion rétrécie.

Je reconnus immédiatement que la tuméfaction supérieure était située *sous l'aponévrose du grand oblique*, qui était très distendue et très amincie. La partie inférieure de cette aponévrose, au niveau de l'anneau inguinal externe répondait au rétrécissement qui séparait les deux portions de la hernie ; elle formait une arcade épaisse, excessivement tendue, qui a joué incontestablement le rôle d'agent d'étranglement. En effet, lorsque j'eus sectionné cette bride avec le bistouri, je vis immédiatement se produire une détente dans la hernie, qui parut moins tendue. J'ouvris le sac, d'où s'écoula un liquide séreux, citrin, et j'y trouvai environ 60 à 70 cent. d'intestin ; l'intestin était étranglé dans la portion labiale de la hernie seulement ; il était noir mais pas sphacélé. Par places, les anses intestinales étaient agglutinées entre elles, et je dus pratiquer une véritable dissection des adhérences molles qui les unissaient.

Au niveau de l'orifice profond qui faisait communiquer les deux sacs herniaires avec le péritoine, il n'existait pas d'étranglement. Néanmoins je débridai légèrement en ce point pour rendre plus facile la rentrée dans l'abdomen de cette quantité énorme d'intestin distendu qui occupait le sac herniaire. Je terminai par la cure radicale ; les deux sacs furent disséqués à leur face externe et le canal inguinal reconstitué dans des conditions normales.

La malade mourut par collapsus une heure après l'opération ; celle-ci avait duré environ trois quarts d'heure.

OBSERVATION XII

(Frédet. — *Bull. soc. anat.*, Paris, 1901.)

Le 4 février 1901, une femme de 33 ans, est admise d'urgence, dans le service de clinique chirurgicale de la Faculté de l'Hôtel-Dieu.

Elle porte :

1° Une tumeur très volumineuse dans la région droite. Cette tumeur arrondie soulève régulièrement la peau de la paroi abdominale, depuis l'arcade crurale jusqu'au voisinage de l'ombilic ; en dehors elle s'étend jusqu'à deux doigts de l'E. I. A. S., en dedans elle s'arrête au niveau du bord externe du muscle grand droit.

La tumeur fait corps avec la paroi abdominale. Elle ne disparaît pas quand les muscles se contractent, mais elle semble rattachée profondément aux organes de la cavité. La palpation est très douloureuse et donne l'impression d'une masse rénitente :

2° Une tumeur peu volumineuse, piriforme, régulière, occupant la grande lèvre, dont la peau est rouge et distendue. Sa consistance est dure et la palpation très douloureuse. Le pédicule s'enfonce dans le trajet inguinal. Il s'agit à n'en pas douter, d'une hernie inguinale épiploïque, irréductible et enflammée.

Il n'est pas possible de constater des connexions certaines entre les deux tumeurs. La patiente avait noté depuis sept ans, l'existence d'une hernie inguinale droite descendant jusqu'à la grande lèvre. Elle ne s'en inquiétait guère, car elle n'en souffrait point. La masse herniée rentrait et sortait spontanément.

Il y a deux ans et demi, la tumeur étant devenue irréductible et douloureuse, la malade alla consulter un bandagiste qui lui fabriqua et appliqua un bandage.

Cet appareil, que je me suis fait présenter, semblait

remplir convenablement son affaire et comprimer tout le trajet inguinal.

Cinq jours avant l'entrée à l'hôpital, la hernie sortit, cessa d'être réductible et le bandage ne put être toléré. C'est alors seulement avant tout essai de réduction, que la malade remarqua l'existence, ou l'apparition de la grosse tumeur intra-pariétale. Des phénomènes d'épiploïte se manifestèrent, sans arrêt des matières ni des gaz.

M. le docteur Vigouroux, appelé près de la malade, l'envoya à l'Hôtel-Dieu pour la faire opérer.

Opération. — Une incision de laparatomie médiane, pratiquée en premier lieu, permet de confirmer la situation intra-pariétale de la grosse tumeur. Elle démontre que la majeure partie de l'épiploon s'engage dans un orifice herniaire unique. Je fais alors une incision cutanée dans la région inguinale, parallèlement à l'artère crurale, depuis le voisinage de l'E. I. A. S. jusqu'à la naissance de la grande lèvre. L'aponévrose-tendon du grand oblique apparaît soulevée et dans un état de distension extrême. L'orifice extérieur du trajet inguinal, étroit et résistant, étrangle le diverticule herniaire, qui se dilate dans la grande lèvre : j'incise l'aponévrose jusqu'à l'orifice inguinal extérieur. Je mets ainsi à nu la paroi antérieure d'un sac herniaire bilobé, dont la masse principale allongée, dans le sens transversal, descend jusqu'à l'arcade crurale, ou en dehors jusqu'à deux doigts de l'épine, remonte et s'étale contre l'aponévrose du grand oblique situé en avant, et le muscle petit oblique situé en arrière.

Elle est croisée superficiellement par un nerf aplati qui détermine un profond sillon transversal, puis disparaît du côté interne, dans la gaine du muscle grand droit. Le diverticule en doigt de gant, logé dans la grande lèvre, se rattache à la masse principale, par un étranglement qui correspond à l'anneau inguinal externe.

Le sac herniaire est décollé, sans difficulté, de la loge qui le contenait.

Je constate qu'il est relié à l'abdomen par un pédicule qui se détache en arrière de la masse principale, en bas et presque au milieu, et qui s'engage sous le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse.

Je note expressément ce rapport, car il n'a pas toujours été tel dans des cas semblables.

Le tissu des muscles profonds, qui forment la paroi postérieure de la loge, ne se montre pas à nu. Il est recouvert d'une lame conjonctive épaisse et infiltrée. Les muscles de l'abdomen sont bien développés et la paroi est solide.

Après isolement et pédiculisation du sac, celui-ci est ouvert en avant suivant le grand axe. Il contient de l'épiploon partiellement adhérent, violacé noir par place. Une frange adhère au bord de l'orifice de communication avec l'abdomen. L'épiploon est décollé, libéré ; il ne semble pas étranglé au niveau de l'orifice abdominal : il est réséqué, grâce à l'incision de laparotomie exploratrice, je pense enlever facilement un nouveau paquet d'épiploon, appendu au reste de l'organe, par un pédicule qui paraissait avoir été fortement serré et qui était près de se sphacéler. Il s'agissait sans doute, d'une portion de l'épiploon contenue dans le sac qui s'était réduite dans l'abdomen. Le sac est extirpé, la paroi reconstituée, par le procédé de Bassini, l'incision médiane suturée.

Les mises ont été normales, la malade est aujourd'hui guérie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il nous paraît superflu de donner, dans ce chapitre, une description anatomique de la hernie inguino-interstitielle non étranglée, car on la trouvera dans les travaux antérieurs à notre thèse et dans les traités de chirurgie, que nous avons eu soin de citer dans la bibliographie de notre thèse. La classification que donne Berger (1), nous suffira à cet égard. Elle n'est valable que pour l'homme.

I. *Hernie inguino-interstitielle pure, sans diverticule scrotal :*

1° avec cryptorchidie complète ;

2° avec ectopie inguinale du testicule :

a) situé très haut dans le trajet inguinal ;

b) situé à la partie moyenne ou inférieure du canal inguinal ;

c) pourvu d'une séreuse distincte du sac.

II. *Hernie inguino-interstitielle avec diverticule scrotal (ou « en bissac ») :*

1° avec ectopie testiculaire située à différents niveaux du canal inguinal ou à la naissance des bourses ;

2° sans ectopie ; le testicule est au fond des bourses dans une tunique vaginale distincte du sac herniaire.

Pour la femme nous adopterons la classification d'Au-

(1) *Revue de Chirurgie*, 1902, p. 1.

vray (1), qui toutes choses égales d'ailleurs est identique à la première.

I. *La hernie inguino-interstitielle simple*, formée d'un sac unique, siégeant dans l'épaisseur de la paroi abdominale dédoublée :

II. *La hernie en bissac*, dans laquelle le sac intra-pariétal est accompagné d'un prolongement labial.

Auvray donne en même temps la description anatomo-pathologique suivante de la hernie en bissac : « La hernie en bissac est formée d'un sac intra-pariétal, communiquant à travers l'orifice externe du canal inguinal avec un sac diverticulaire qui descend plus ou moins bas dans la grande lèvre et occupe la place ordinaire de la hernie inguinale. Le renflement pariétal s'est créé une loge artificielle dans l'interstice des divers plans de la paroi. Lorsque la tumeur intra-pariétale est volumineuse, l'aponévrose du grand oblique qui la recouvre peut être très amincie. Il peut même arriver que le sac primitivement sous-aponévrotique fasse issue à travers une éraillure de l'aponévrose du grand oblique et vienne se placer sous la peau, disposition qui a été observée par Golding Bear chez une femme.

L'orifice profond par lequel les viscères sortent de l'abdomen est parfois situé au-dessus et en dehors du point qu'il occupe normalement, il est rapproché de l'épine iliaque antéro-supérieure. La hernie en bissac est moins fréquente que la hernie inguino-interstitielle simple. »

Si maintenant, laissant de côté la partie purement anatomique de la question, nous faisons une étude des éléments de la hernie après l'étranglement, nous verrons que le degré des lésions dépendra, comme ailleurs, du temps qui s'est écoulé avant intervention ; du volume de la hernie ; du degré de rétrécissement de l'anneau etc... Mais les lésions risquent également d'être plus avancées selon le mode d'é-

(1) *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1913, p. 717.

tranglement particulier à chaque cas, si l'étranglement se produit au niveau de l'orifice profond du canal inguinal et qu'un temps assez long s'écoule, l'intestin sera en très mauvais état et le sphacèle s'établira très rapidement avec toutes ses conséquences. Nous voyons en effet dans l'observation rapportée par Auvray qu'il s'était écoulé trois jours depuis le début d'étranglement : « à l'incision du sac il s'écoule un liquide séreux roussâtre ; l'intestin contenu dans son intérieur est en mauvais état, noirâtre, épaissi, recouvert par places de fausses membranes ». Malgré une suture partielle à un point de l'intestin particulièrement douteux et quoique le reste de l'anse étranglée paraissait reprendre sa coloration normale une péritonite s'en est suivie et a emporté le malade.

Dans le cas de Bérard et Stéfani (voir observation) malgré un temps écoulé considérable (5 jours), l'anse étranglée est en très bon état, un peu congestionnée simplement. Les pressions suffisantes pour arrêter le cours des matières fécales n'étaient pas suffisantes pour arrêter la circulation sanguine. Pour deux raisons : 1° l'orifice profond non seulement n'était pas rétréci, mais au contraire distendu et 2° l'étranglement s'était effectué grâce à une couche de graisse épaisse de 1 cm. qui se trouvait immédiatement au-dessous de l'aponévrose du grand oblique. La pression exercée par ce dernier muscle aplattissait sans doute l'anse herniée et l'étranglait, mais la couche de graisse interposée amortissait suffisamment cette pression pour que la circulation sanguine ne s'arrête pas.

Les mêmes remarques peuvent être faites pour l'épiploon, qui très souvent fait le contenu de la hernie surtout de celle en bissac. La seule différence c'est que son sphacèle a des conséquences moins désastreuses, que celui de l'intestin, qui est suivi habituellement de péritonite et de mort.

PATHOGÉNIE

Pour expliquer la production de la hernie inguino-interstitielle plusieurs théories ont été invoquées, dont nous nous bornerons à énumérer les trois principales pour une vue d'ensemble plus complète. Ce sont les suivantes :

1° *Oblitération congénitale de l'anneau inguinal externe* ; théorie énoncée par Tillaux et que l'on adopte le plus couramment. Nous avons vu précisément qu'elle est loin d'être infailible.

2° *Oblitération acquise* par cause mécanique, le port d'un bandage défectueux par exemple, qui obture artificiellement l'anneau. Et enfin,

3° *Théorie de malformation congénitale* d'après laquelle la hernie se produirait dans un sac préalablement créé et logé dans l'épaisseur de la paroi.

Puisque l'on admet que presque toutes les hernies obliques externes, et surtout celles qui datent du jeune âge, sont dues à la persistance du canal péritonéo-vaginal c'est-à-dire qu'elles sont congénitales, pourquoi n'admettrait-on pas que ce canal persistant ne puisse pas avoir des anomalies ? Les observations citées dans la thèse de Carton sont très édifiantes à cet égard et ne laissent lieu à aucun doute. Cette théorie a un autre avantage : c'est de pouvoir s'appliquer à tous les cas, tandis qu'avec celle de Tillaux ce n'est pas toujours possible, surtout chez la femme.

Ceci dit, nous allons maintenant étudier la pathogénie de l'étranglement lui-même.

Comment se produit l'étranglement dans les différents cas, car nous verrons de suite qu'il ne se produit pas toujours de la même façon. A ce égard, les travaux que nous avons vus, ne nous paraissent pas donner une notion très nettement établie et c'est pourquoi nous avons entrepris cette étude. Dance disait bien, en 1835, que « ces hernies, comme toutes les hernies intestinales, sont sujettes à l'engouement et à l'étranglement ; elles le sont peut-être beaucoup plus que toute autre ; souvent elles ont la tunique vaginale pour sac, il est d'observation que cette variété de hernie est plus sujette à s'étrangler que celle qui est contenue dans une portion du péritoine déplacé ; leur trajet sinueux, les les différents coudes que la partie herniée décrit, beaucoup plus marqués dans ces cas que dans la majeure partie des autres, sont une nouvelle cause d'accidents ».

Chez l'homme l'étranglement se fait généralement de deux manières : 1^o, au niveau du collet du sac c. à d. par l'anneau inguinal profond, ou bien : 2^o, par la compression exercée au moment d'un effort ou des efforts répétés par la paroi antérieure de la hernie (ou aponévrose du grand oblique) sur le contenu du sac.

En effet, Tillaux disait ; « La hernie, limitée pendant de longues années à la région inguinale, se réduit aisément et ne donne lieu à aucun accident. Sous l'influence d'une contraction brusque et violente des muscles de l'abdomen, les viscères refoulés de toute part et ne trouvant de libre que l'interstice des muscles, s'y engagent avec force. Qu'en résulte-t-il ? C'est qu'une anse d'intestin se trouve serrée entre deux plans résistants et contractifs ; en avant une forte aponévrose tendue par la contraction du grand oblique ; en arrière le petit oblique et le transverse. L'anse est fatalement aplatie et la circulation intestinale interrompue ».

Dans le chapitre anatomo-pathologique nous avons vu les

conséquences, que ces deux modes impliquent au point de vue lésions.

Chez la femme ces deux modes d'étranglement se produisent également et surtout le deuxième, car la paroi abdominale dans cette région est garnie de graisse en abondance, ce qui favorise particulièrement la compression de l'anse herniée. Mais dans le cas de hernie en bissac un nouveau mode s'ajoute aux précédents, c'est l'étranglement au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, et les deux observations, que nous citons, sont très complètes à cet égard. Il est vrai que les cas de ce genre sont plus rares et peut-être aussi plus désastreux. Dans le cas d'Auvray « le bord inférieur de l'aponévrose du grand oblique formait au niveau de cet anneau (orifice externe), une arcade fibreuse épaisse, excessivement tendue, séparant les deux lobes de la hernie, et qui jouait sans aucun doute le rôle d'agent d'étranglement : car lorsque cette bride fut sectionnée avec le bistouri, on vit immédiatement se produire une détente dans la hernie et on put constater, qu'il n'existait pas d'étranglement au niveau de l'orifice profond qui faisait communiquer les deux sacs herniaires avec le péritoine ». (Auvray). Des observations que nous citons et qui sont très-explicites à cet égard (sauf celle de Velpeau), on peut voir que l'étranglement s'est produit au niveau de l'anneau profond dans six cas ; par le mécanisme donné par Tillaux c. à d. par la compression double, dans deux cas ; et enfin par l'anneau externe dans deux cas. Il est vrai que ces deux derniers cas appartiennent à la variété en bissac.

La conclusion que s'impose, c'est que l'étranglement se produit le plus souvent comme d'habitude c. à d. au niveau de l'anneau profond. Ceci, d'ailleurs, nous paraît logique vu que la hernie inguino-interstitielle est une hernie congénitale dont le début remonte le plus souvent très loin, et qui pendant tout ce temps, souvent une vingtaine d'années (Bérard et Stéfani) reste bénigne et s'étrangle tout d'un coup. Il serait naturel que, si le mécanisme invoqué par Tillaux

intervenait si efficacement, la hernie s'étranglera beaucoup plus tôt. Nous voyons au contraire que cette hernie est très bien logée à sa place, dans le sac préformé, et que c'est seulement dans l'âge adulte, alors que l'embonpoint s'y ajoute, que le sac entouré de graisse subit une compression plus importante, que la hernie s'étrangle. Dans les deux observations, que nous citons, et qui ont été soigneusement rédigées, il n'y a de place à aucun doute. Naturellement les hypothèses ne valent que ce qu'elles valent, et Tillaux pouvait bien en émettre une d'autant plus qu'elle était fondée.

SYMPTOMATOLOGIE

Ce qui distingue la hernie inguino-interstitielle des autres hernies c'est sa grande rareté, cause de sa fréquente méconnaissance et aussi le fait qu'elle est souvent indolore jusqu'au moment de son étranglement. Ceci aggrave naturellement son pronostic, car non seulement le malade éprouve des phénomènes d'une gravité extrême mais aussi le médecin ne sait souvent pas à quoi attribuer ces symptômes d'où une attente trop prolongée et par conséquent funeste.

En effet on a vu des porteurs de hernie inguino-interstitielle, qui dataient depuis une vingtaine d'années sans que le malade s'en soit préoccupé. Cette hernie ne se présente pas souvent avec tous les caractères d'une hernie ordinaire.

Dans ce dernier cas son diagnostic est naturellement assez aisé. Nous citerons ces caractères principaux au point de vue examen objectif plutôt pour mémoire. Cet hernie se présente sous la forme d'une tumeur oblongue, généralement aplatie, avec impulsion à la toux, sonorité à la percussion, gargouillement dans les essais de réduction, sauf bien entendu, dans les cas d'épiplocèle simple qui donnent lieu aux signes ordinaires. Elle paraît prendre naissance au-dessus de l'arcade de l'allope, et se développer dans la région comprise entre le bord externe du grand droit d'un côté, l'arcade crurale et l'épine iliaque antéro-supérieure de l'autre ; elle se loge vers le haut au fur et à mesure qu'elle augmente de volume. Lorsque le sujet contracte sa

paroi abdominale elle diminue de volume et redevient saillante à la toux» (Carton).

Dans son « traité des hernies » (1818) Laurence donnait la description suivante de l'étranglement, et surtout l'arrivée de la gangrène. » L'arrivée de la gangrène est en général annoncée par la perte de ressort dans la tumeur, qui devient molle, de manière à céder à la pression ; les téguments qui étaient très rouges, deviennent livides, puis noirs dans un ou plusieurs points, et l'épiderme se sépare ; le tissu cellulaire est emphysémateux ; la douleur, le hoquet et le vomissement cessent ; le pouls devient faible et irrégulier ; le corps est couvert d'une sueur froide ; les traits sont altérés, les facultés intellectuelles sont troublées, enfin les téguments s'ouvrent et il s'échappe des vents et des matières fécales très fétides. » Cette dernière éventualité doit être probablement très rare aujourd'hui.

M. le Professeur agrégé Guyot dans l'observation, qu'il a bien voulu mettre à notre disposition et que nous avons citée, constate le sphacèle de l'intestin grêle. Mais les autres phénomènes que décrit Lawrence sont absents. Il en est de même dans toutes les observations que nous citons et qui ne se rapportent qu'à des cas de hernies inguino-interstielles étranglées.

Quant à l'étranglement simple il ne présente pas dans cette variété de hernie beaucoup de différence avec celui dans les autres hernies. Il se manifeste par les symptômes habituels : douleur locale aiguë avec phénomènes graves ; coliques, nausées, vomissements alimentaires, porracés, fécaloïdes ; arrêt des matières et des gaz. Etat général rapidement mauvais, abattement, pouls petit, fréquent, incomptable ; refroidissement des extrémités, hypothermie. Tillaux, fidèle à sa conception d'étranglement avec compression de l'anse dans l'étau formé par la paroi musculaire en avant et en arrière, cite comme un phénomène particulier, l'augmentation du volume de la hernie pendant l'étranglement. « Il était facile de voir, dit Tillaux, dans l'interstice des parois

abdominales la progression des anses intestinales chassées par la sortie d'anses nouvelles. »

Mais nous avons déjà dit que malheureusement le mécanisme de l'étranglement le plus fréquent est par l'anneau (et le collet) et que le degré des lésions est plus élevé de ce même fait. Du moment que les anses herniées ont une telle aisance pour pouvoir toujours progresser, le sphacèle n'est pas tant à craindre. Il l'est bien davantage lorsqu'une anse est prise dans un anneau, bien rétréci en ce point et qu'une tension de la paroi s'ajoute comme phénomène réflexe pour empirer encore l'état de l'intestin.

DIAGNOSTIC

Lorsque une hernie inguino-interstitielle n'est pas étranglée et que le malade s'aperçoit de sa hernie, c'est que les signes habituels, cités précédemment doivent exister. Dans ce cas le diagnostic est assez aisé et ne peut guère être confondu.

Il peut arriver cependant que le médecin ait à différencier cette tumeur avec d'autres tumeurs, qui se présentent quelquefois dans la région inguinale. Mais celles-ci ne sont pas très nombreuses et ont des signes assez précis ; soit objectifs soit commémoratifs pour qu'il soit facile de les éliminer.

Ainsi par exemple les adénites dans le pli de l'aîne font de suite chercher dans le voisinage la cause de cette tuméfaction, qui généralement n'existe que depuis que la cause elle-même existe. Et puis la hernie inguino-interstitielle, sauf le cas où son contenu est de l'épiploon au contact immédiat du testicule ne prête pas facilement à confusion. D'un autre côté cette hernie est presque toujours plus élevée et va du côté de l'E. I. A. S. Le testicule n'étant généralement pas dans les bourses on pense facilement à l'ectopie et la congénitalité.

Les abcès ossifluents offrent une fluctuation particulière. Ils descendent plus bas et remontent lorsque le malade est dans la position horizontale. Le clinicien le moins avisé cherchera la douleur aux différents niveaux de la colonne vertébrale.

Les autres tumeurs dans cette région sont assez rares, et

ont des caractères bien distincts, pour qu'il soit besoin de les citer ici.

Il n'en est pas de même de la hernie inguino-superficielle et propéritonéale. Ces deux variétés peuvent prêter à confusion et dans le cas d'étranglement surtout. Il est vrai que dans ce dernier cas l'intervention étant urgente, la clinique n'a pas grand chose à y faire. Toutefois la hernie inguino-superficielle est, de par le fait même de sa position, plus superficielle et plus saillante (même sans contraction de la paroi), que la hernie inguino-interstitielle d'où la facilité de les différencier. Quant à la hernie propéritonéale, si elle n'est pas déterminée par une tentative de taxis non réussie, on arrivera à son diagnostic par élimination successive des autres hernies.

Mais ce qui est difficile, c'est d'établir quelquefois le diagnostic d'un étranglement herniaire alors que la hernie était méconnue. A ce point de vue nous croyons utile de citer une vieille opinion, mais toujours juste, de Cooper, que Lawrence cite dans son traité (p. 194) : « Quand ces hernies sont étranglées, elles sont plus communément soignées par le médecin que par le chirurgien, parce que le malade ignorant souvent qu'il a une tumeur à l'aîne, les symptômes de l'étranglement sont attribués à l'inflammation des intestins sans que l'on soupçonne la vraie cause qui l'a excitée ».

Ce n'est pas tout, car on peut aussi penser à l'appendicite, lorsque la douleur correspond à peu près au point de Mac Burney. L'intervention donne naturellement à réfléchir.

PRONOSTIC

De ce qui précède on a déjà pu voir que la hernie inguino-interstitielle, sauf lorsqu'elle atteint un gros volume, ou bien que le testicule est comprimé, ne constitue pas une très grande gêne pour le malade et l'empêche moins que les autres hernies d'exercer ses fonctions sociales. On a cité des cas où elle était très douloureuse par la disposition du testicule, dont le cordon étant court exerçait des tiraillements. Il est fréquent d'observer dans ces cas une stérilité, que rien ne saurait expliquer sinon une hypothèse couvent confirmée, que le testicule du côté opposé subissait une réaction atrophique à cause de son congénère compromis.

Dans l'observation citée par Carton dans sa thèse, la hernie n'était pas volumineuse ni très douloureuse ; le testicule en ectopie fut ramené sans grande peine dans les bourses, mais la stérilité persista. Cette stérilité était presque la seule raison pour laquelle le malade s'était fait opérer, car son infirmité herniaire ne le gênait pas énormément.

Ceci vaut encore davantage pour la femme, qui au point de vue sexuel a ses organes à l'abri, mais une hernie est toujours une hernie et une infirmité plus ou moins importante. D'ailleurs une hernie risque toujours de s'étrangler et c'est là le plus grand ennui. L'étranglement dans la hernie inguino-interstitielle présente un caractère de gravité tout particulier du fait qu'il est souvent une grande surprise pour le malade et quelquefois pour le médecin. Nous avons cité l'opinion de Cooper là-dessus. Étant de petit volume, ne

faisant pas saillie, étalée et la plupart du temps comprimée par la paroi, non douloureuse chez la femme, cette hernie peut rester longtemps méconnue. Le jour où elle s'étrangle le malade ne sait pas ce qui vient de se passer; il ne voit pas que sa hernie n'est plus réductible, vu qu'il n'a jamais eu l'occasion de la réduire d'où l'attente, l'hésitation. Le médecin, appelé, n'ayant pas son attention orientée vers une hernie, peut temporiser surtout si les symptômes fonctionnels ne sont pas très prononcés et si le rectum se vide encore. C'est pourquoi l'intervention risque souvent d'être tardive.

Il est évident que cette hernie ne présente pas d'autres éléments bien particuliers de gravité. Elle est grave parce qu'elle est rare et parce qu'elle ne frappe pas bien l'œil du médecin ni du malade. Si elle est saisie et opérée de bonne heure, c'est la variété de hernies qui présente le plus de chances d'une guérison parfaite et durable.

TRAITEMENT

« La hernie inguino-interstitielle, en raison des dangers qu'elle présente et de l'impossibilité d'une bonne contention, doit être opérée même chez l'adulte, même dans un âge relativement avancé, pourvu qu'il n'existe pas de contre-indications positives ». C'est la conclusion à laquelle arrive Berger. Si elle est étranglée, l'opération naturellement doit être immédiate, car le taxis représente une perte de temps.

On pratique la cure radicale comme d'habitude et l'on fait une incision de la tumeur et de ses enveloppes. L'incision médiane sous-ombilicale n'est que très rarement admise, et seulement lorsque le chirurgien se trouve dans l'impossibilité d'atteindre l'anneau d'étranglement par la première voie. Mais ceci vaut surtout pour les hernies péritonéales, dont nous ne nous occupons pas ici.

Berger donne « comme une règle sans exception, une hernie inguino-interstitielle étant reconnue, de l'aborder par l'incision directe de ses enveloppes, faite parallèlement à la direction des faisceaux de l'aponévrose d'insertion du grand oblique, dans toute l'étendue du plus grand diamètre oblique de la tumeur, et conduite de telle sorte que l'extrémité interne de cette incision aboutisse à l'anneau inguinal externe ou qu'elle en parte, en divisant largement cet orifice. »

Malgré que le testicule soit un organe essentiel, sa conservation n'est pas toujours possible et elle n'est recommandable que chez l'enfant et l'adolescent, encore faut-il

qu'il ne soit pas trop atrophié et qu'il puisse être facilement ramené dans les bourses. Si ces conditions ne sont pas remplies, on le supprimera délibérément.

Quant à la réfection de la paroi postérieure, elle doit attirer toute l'attention du chirurgien. Si la méthode de Bassini n'offre pas assez de garantie Berger propose la manière suivante de procéder :

« Il faut renforcer la suture du petit oblique et du tendon conjoint à l'arcade de Fallope par l'incision de la gaine du grand oblique et la fixation de la lèvre externe de cette incision à l'arcade sur toute sa longueur du trajet inguinal. On peut terminer en superposant les deux lèvres de l'incision du grand oblique et en suturant sa lèvre inférieure au bord interne de la gaine du grand droit, sa lèvre supérieure à la face antérieure de l'aponévrose du grand oblique tout près de l'arcade de Fallope. »

S'il s'agit d'une hernie étranglée, le chirurgien doit porter sa plus grande attention sur l'anse étranglée, la bien examiner et au besoin sacrifier une portion de l'intestin pour peu qu'elle soit en mauvais état. Dans l'observation d'Auvray on voit que c'est grâce à un point sphacélé insoupçonné que la péritonite s'est déclarée.

CONCLUSIONS

Notre exposition au cours de cette thèse et les observations que nous avons citées nous permettent d'établir les conclusions suivantes :

1°. — L'étranglement au cours des hernies inguino-intestinales n'est pas rare, souvent même il révèle l'existence d'une hernie jusqu'alors ignorée.

2°. — Il se fait de trois façons différentes : *a*) par l'anneau profond et le collet ; *b*) par la compression double exercée par la paroi musculo-aponévrotique, et *c*) par l'anneau externe dans la hernie en bissac.

3°. — Le sphacèle de l'intestin au cours de l'étranglement est un accident fréquent et particulièrement lorsqu'il s'est fait par l'anneau et le collet.

4°. — Le diagnostic de l'étranglement est quelquefois fort difficile ; c'est par un examen attentif du malade que l'on évitera d'attribuer ces accidents soit à de l'appendicite soit à l'obstruction intestinale.

5°. — Cet étranglement présente une gravité d'autant plus grande qu'il est méconnu et que les orifices herniaires peuvent paraître normaux.

6°. — Toute hernie inguino-interstitielle étranglée doit être opérée d'urgence. La cure radicale sera pratiquée et une paroi solide reconstituée par le procédé de Bassini ou au besoin par le procédé de Berger.

Vu et bon à imprimer :

Le Président de la thèse,

Vu : *Le Doyen,*
D^r SIGALAS.

G. CHAVANNAZ.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 22 novembre 1921.

Le Recteur de l'Académie,

THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- PETIT (J.-L.). — Traité des Maladies chirurgicales, 1790, tome II, p. 217.
- LAWRENCE (W.). — Traité des Hernies, Paris 1818, p. 194.
- DANCE (Cl.). — De la Hernie intra-pariétale. Thèse de Paris, 1835, p. 18 et 29.
- GOYRAND D'AIX. — Mémoires de l'Académie de Médecine, 1836, p. 14.
- GOSSELIN. — Leçons sur les Hernies, 1865.
- TILLAUX. — Bulletin de Thérapeutique, 1871.
— Traité d'Anatomie topographique.
- FAUCON. — Bulletin de l'Académie Royale de Médecine, 1882.
- DURET. — Thèse sur les Variétés rares de la Hernie inguinale, 1883.
- BROCA (Aug.). — Bulletin de la Société anatomique, 1888, tome II, p. 3.
- DURET et PÉRIGNON. — Journal des Sciences médicales de Lille, 1891.
- BERGER. — Société de Chirurgie, 1891, p. 283.
— Congrès de Chirurgie, 1901, p. 564.
— Revue de Chirurgie, 1902, p. 1.
- ROGIE. — Bulletin de la Société anatomique de Lille (6^e année), 1891, p. 47-49.
- SOULIÉ. — Thèse de Toulouse, 1895.
- TUBBY. — British medical Journal, 1897.
- BARKER. — The Lancet, 1897.
- SÉBILEAU. — Les enveloppes du Testicule. Thèse de Paris, 1898.
- RIVET. — Gazette médicale de Nantes, 1898.
- PAUL. — Bulletin de la Société anatomique, 1898.

- MAC ADAM ECCLES. — The Lancet, 1898, p. 1695.
- MARION. — Bulletin de la Société anatomo-clinique, 1899.
- AUVRAY. — Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, 1900, p. 552.
- Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 1913, tome XXXIX, p. 717.
- BRAU. — Société anatomique, 1901, p. 284.
- AUDOUIN. — Thèse de Paris, 1903.
- JABOULAY et PATEL. — Hernies, Paris, 1908.
- BÉRARD et SÉFANI. — Lyon chirurgical, 1909.
- GAUD et POISSONNIER. — Journal des Praticiens, 1910.
- CARTON (François). — Thèse de Paris, 1910.
- CRISTINI (Jean). — Thèse de Lyon, 1910.
- FORGUE (E.). — Précis de Pathologie externe. Paris, 1917, tome II, p. 493.
-

TABLE DES MATIÈRES

1. Avant-propos.....	9
2. Introduction.....	11
3. Historique	13
4. Définition.....	15
5. Observations inédites.....	17
6. Observations	21
7. Anatomie pathologique.....	35
8. Pathogénie.....	39
9. Symptomatologie	43
10. Diagnostic	47
11. Pronostic	49
12. Traitement.....	51
13. Conclusions.....	53
14. Bibliographie.....	55

BORDEAUX. — IMP. J. CÉROUDE ET FRÈRE

15, COURS DE LA MARNE.
